

Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS)

Representantes de la Sociedad Civil a la CDSS-OMS

Introducción

La misión histórica de la Comisión

Ciento cincuenta años después de la muerte de Virchow, seguimos recordando su comentario: “¿Acaso no siempre encontramos que las enfermedades del pueblo son rastreables a los defectos de la sociedad?”ⁱ. Por tanto, si se ha de dar a la salud su lugar legítimo, continuamos buscando “defectos de la sociedad” que necesitan ser remediados. Hoy, más que nunca, se nos recuerda que, en última instancia, las políticas a escala global determinan si la gente vive o muere. La sociedad civil (SC) da la bienvenida a la oportunidad proporcionada por la CDSS-OMS para explorar estos asuntos detalladamente. De manera constante, la SC ha estado a favor de argumentar sobre la salud desde una perspectiva que haga resonar las famosas palabras de Virchow.

Los síntomas de enfermedad que plagan a nuestras sociedades (donde las enfermedades se propagan y la salud es apenas una palabra sin sustancia) son demasiado numerosos y bien conocidos. No obstante, permítasenos



examinar uno de éstos en este informe: un número aproximado de 30,000 niños mueren a diario, principalmente de enfermedades prevenibles y fácilmente tratables.ⁱⁱⁱ Lo que es importante no es únicamente que tantos niños mueran innecesariamente, sino que, además, mueran en números mucho más grandes en ciertas regiones del mundo y, dentro de estas regiones, en ciertas comunidades. Sabemos que en el mundo entero los niños (y el resto de la población) que viven en condiciones de pobreza se enferman y mueren con más frecuencia que los que disfrutan de condiciones sociales más privilegiadas. Lo que resulta particularmente preocupante es que la brecha se ha ensanchado, a

pesar de que nunca antes en su historia el mundo había tenido la riqueza, el conocimiento, la conciencia y la preocupación por los temas de salud que tiene hoy. Es así como mueren, no porque no tengamos el conocimiento y la tecnología para prevenir sus decesos, sino debido a las condiciones en las cuales viven, y estas condiciones son determinadas por los factores que, convencionalmente, nunca son tratados por la ciencia médica. Para nosotros la CDSS representa una oportunidad para examinar colectivamente los factores responsables de la situación que propician que haya una mortalidad infantil 16 veces mayor en los 48 países menos desarrollados, que en las 26 naciones más ricas.ⁱⁱⁱ Por tanto, acogemos con agrado la misión de la CDSS de tratar los determinantes de la salud que se relacionan con la situación en la cual la gente vive y trabaja.

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/social_determinants/en/

Apoyamos la propuesta de la Comisión de que es en gran parte en vano tratar médicamente a la gente sólo para enviarla de nuevo a las mismas condiciones, que son, en primer lugar, responsables de su enfermedad.

Es también importante subrayar que la misión de la CDSS **no es la de llegar a conclusiones nuevas**, ni la de alejarse radicalmente de las evidencias establecidas. La cuestión principal que, por tanto, necesitamos abordar en primer lugar es: ¿Qué evitó que en el pasado utilizáramos las evidencias disponibles para formular estrategias fuertes e integrales con el fin de mejorar los resultados de salud a nivel mundial? ¡La respuesta corta a esto es que, de hecho, teníamos tal estrategia! **Debemos, por lo tanto, retroceder y reflexionar sobre dos asuntos: el primero, recapitular sobre la visión mundial que surgió de la declaración Alma Ata en 1978, que explícitamente promovía una visión de salud socialmente determinada; el segundo, examinar la causa principal del fracaso (y abandono) de la visión presentada en la declaración de Alma Ata y del concepto de Atención Primaria de la Salud (APS)**

La visión de la APS y la emergencia del neoliberalismo

El enfoque de la APS (abandonado por los países y las agencias internacionales muy poco tiempo después de la declaración Alma Ata) continúa siendo hoy tan relevante como lo era hace 30 años. Las promesas hechas en la Declaración siguen incumplidas, por lo que necesitamos examinar las razones de esto, dado que ahora intentamos redimir esa promesa. Poco después de la Declaración, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional promovieron una estrategia alternativa que los llevó a poner en marcha prescripciones bajo la amplia rúbrica de “reformas del sector salud”. Éstas contuvieron una serie de recomendaciones de políticas diseñadas a minar sistemáticamente el sistema de salud pública y, al mismo tiempo, promover al sector privado de salud. El fondo ideológico de estas reformas fue contenido en las políticas económicas neoliberales aplicadas en todo el mundo; estas reformas fueron impulsadas por medio de acuerdos comerciales internacionales,

regionales y bilaterales. Los tres elementos principales de estas prescripciones de política fueron: la introducción de honorarios para el usuario; la segmentación de los sistemas médicos en la atención pública para los pobres y privada para los ricos; y la comercialización de la atención. El segundo golpe al modelo de APS vino en del concepto de “cuidados médicos selectivos”, enfocado a ciertas intervenciones (sobre todo de naturaleza técnica), a diferencia de la atención médica integral.

El ataque contra el concepto de APS no fue accidental, ni se presentó en un sistema de prescripciones políticas fragmentadas, hechas por distintas agencias multilaterales, sino que fue de naturaleza ideológica y orquestado y coordinado a nivel mundial. Encontró su legitimación ideológica en la teoría económica neoliberal y vino a ser conocido como Globalización o, para ser más exactos: Globalización Neoliberal.

En el sector salud la adopción de las políticas neoliberales llevó a la reducción en la inversión en el bienestar y en el desmontaje gradual de los servicios médicos públicos; la introducción de cobros en los servicios de las instituciones públicas (lo que hace a dichos servicios inaccesibles para los pobres), la entrega de la responsabilidad de la provisión de servicios médicos al sector privado, así como la destrucción de la lógica que estaba detrás de la salud pública y universal.

En casi cada país en vías de desarrollo en dónde se pusieron en marcha las prescripciones basadas en el enfoque neoliberal, las condiciones de salud pública se deterioraron. Claramente, la falta de seguimiento del enfoque de APS se arraiga en los sustentos ideológicos del neoliberalismo. **Sin un cambio radical en su papel como determinante de políticas mundiales, será imposible hacer realidad el sueño del enfoque de APS y, por extensión, tampoco la visión de la Comisión de promover el enfoque de los determinantes sociales.**

Sugerimos de manera enfática, que la Comisión centre su trabajo en un análisis tanto del enfoque de APS como del papel que las políticas neoliberales han tenido en su

deslegitimación. Acogemos con satisfacción la posición tomada por la Comisión a este respecto cuando indica que “... *el modelo económico neoliberal, que ganó predominancia mundial durante los años 80, creó obstáculos a la acción política en el combate de las determinantes sociales de la Salud*”.^{iv}

También es bienvenida la concepción que la Comisión tiene de la injusticia, porque el abordaje de la mera desigualdad no es suficiente **dato que el grado de desigualdad en salud no puede darnos información adecuada para garantizar la equidad en salud.**^v Al centrarse en la injusticia, la Comisión propone la consideración de factores estructurales más profundos que determinan el acceso diferenciado a los recursos, con consecuencias deletéreas en la salud. **Creemos que el objetivo último no es simplemente buscar políticas médicas que favorezcan a los pobres. Sino que buscamos políticas significativas que trabajen directamente sobre los determinantes sociales de la distribución no equitativa de los recursos. La Comisión tiene la oportunidad histórica de abogar en favor de la equidad y para proponer cambios estructurales en las determinantes sociales, económicas y políticas de la salud.**

Expectativas de la Sociedad Civil acerca de la Comisión sobre las Determinantes Sociales de la Salud

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) creen que la Comisión representa una oportunidad importante para trabajar sobre los problemas clave del sector salud. Además, la sociedad civil se alegra del hecho de que ésta es, quizá, la primera vez que se la ve como socia activa en un proceso mundial importante iniciado por la OMS. La Sociedad Civil ve su papel no como un instrumento de apoyo a la Comisión, sino como el de socio significativo de la CDSS que proporciona perspectivas frescas, basadas en la gente común y en las comunidades, y que tiene potencial para moldear el trabajo de la Comisión. Para que la sociedad civil pueda desempeñar este papel **es imprescindible que conserve el derecho de formular un análisis propio e independiente del trabajo de la Comisión.**

Es también importante que las organizaciones civiles atraídas a este proceso no sientan que “están siendo cooptadas”, es decir, que se les está pidiendo ejecutar o abogar en favor de políticas y procesos de cuya discusión no fueron parte.

La Sociedad Civil también se está vinculando al proceso con la premisa de que tendrá un marco independiente en su relación con la Comisión. **Tal marco no necesita siempre ser muy diferente al de la Comisión, sin embargo, el alcance para mantener esta independencia es fundamental para un contrato genuino con la sociedad civil.** Esto último es vital para atraer a sectores de la sociedad civil que tienen preocupaciones explícitas por el paradigma actual de desarrollo mundial, así como por la conducta de gobiernos y de organizaciones, tales como la OMS, en sus esfuerzos por abordar las cuestiones relacionadas con el desarrollo humano (específicamente en salud) y para salvaguardar el acceso a la atención médica. Entendemos que la Comisión intenta vincularse activamente con perspectivas diversas y, a menudo, fundamentadas en la experiencia del trabajo con la gente, trabajo con aquellos cuyas voces siguen siendo inaudibles. Para que esto se logre, es necesario que las organizaciones de la sociedad civil sientan que no son obligadas a seguir ningún marco predeterminado.

Una comprensión más profunda de la sociedad civil necesita considerar no sólo su naturaleza heterogénea, sino también el hecho que a menudo funciona en un espacio disputado. **Nuestra comprensión de la sociedad civil es contraria a la visión neoliberal, que tiende a mirarla como una entidad estéril, despojada de sus raíces ideológicas, políticas y culturales.** Pensamos prudente aclarar que lo que presentamos en este documento a la Comisión no es **LA** perspectiva de la sociedad civil. No obstante, afirmamos que esta perspectiva es una que se comparte extensamente a través de continentes, y es una que tiene sus raíces en el papel histórico que la sociedad civil ha desempeñado en abordar discusiones y políticas de salud basadas en sus determinantes sociales.

El papel de la sociedad civil en la salud

Las acciones de las organizaciones y de los movimientos de la sociedad civil también son

informadas por diversas circunstancias históricas. El papel de la sociedad civil ha sido a menudo subordinado al paradigma económico/político dominante. Las OSC se han utilizado para sustituir al estado o para promover el mercado proporcionar servicios médicos en muchos países asiáticos, latinoamericanos y africanos.^{vi} Al mismo tiempo, la resistencia de las comunidades y de la sociedad civil ha sido siempre prominente en el desafío al paradigma dominante, es decir, la dependencia histórica del estado de bienestar con respecto a las prescripciones de los principios neoliberales.

En la era moderna, las acciones de la sociedad civil en salud se pueden remontar a los intentos de los países nuevamente independientes de liberarse de los modelos de atención médica impuesto por los poderes coloniales a mediados del siglo pasado. Este fue el período en que las OSC dieron una nueva orientación al enfoque y prepararon el camino para una visión verdaderamente innovadora. Esta visión fue estimulada por el progreso notable en salud logrado en China, que se centró en su programa de entrenamiento de “médicos descalzos” en los años 60s. A través de los años 60 y 70, grupos de trabajadores de la salud y líderes comunitarios iniciaron “Programas de Salud Basados en la Comunidad,” (CBHP, por sus siglas en inglés). Estas iniciativas de base, participativas y de sensibilización, surgieron en número de países, incluyendo Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Sudáfrica (aún bajo el apartheid), la India, Bangladesh y Filipinas.

La mayor parte de estos programas comenzaron como respuestas humanitarias a las enormes necesidades no satisfechas; tenían una agenda humanitaria más que una agenda política. Pero la explotación institucionalizada y la violación rutinaria de los derechos de la gente pobre contribuían tan claramente a la mala salud y a los altos índices de mortalidad, que muchos de estos CBHPs se vieron impulsados a incluir componentes sociopolíticos. El caso de Nicaragua sirve como excelente ejemplo de cómo estas iniciativas de “salud” finalmente tomaron una plataforma política mucho más amplia. Aquí, la

lucha de la gente por la salud llegó a ser inseparable de su lucha contra las fuerzas sociales opresoras y las políticas injustas (internas y externas). Las redes de grupos de base de iniciativas de salud basadas en la comunidad desempeñaron un papel fundamental en el despertar y en la movilización popular que llevaron al eventual derrocamiento del régimen opresivo de Somoza. Además, en América Latina, las semillas de un enfoque nuevo para la salud estuvieron también ligadas a un acontecimiento importante en su historia: la revolución cubana.

Estas experiencias, y la experiencia de numerosas iniciativas basadas en la comunidad en el mundo en desarrollo, promovieron un cambio revolucionario del paradigma de salud existente, acogido por el sistema, a uno de participación comunitaria fuerte, con énfasis en la prevención y la priorización de zonas rurales. Esto significó literalmente la ‘puesta de cabeza’ del sistema, de una organización vertical a una ascendente o de la base al centro. **Como culminación de este proceso extremadamente rico, en 1978, en Alma Ata, un compromiso fue sellado por casi todos los gobiernos del mundo para poner a la atención médica en un enfoque que colocara a la enfermedad en su contexto social.**^{vii}

Una de las razones principales por las que la promesa de Alma Ata y el enfoque de la APS no se marchitó del todo, se encuentra en las incontables iniciativas mundiales de la sociedad civil que se esforzó en mantenerlas vivas por medio de su defensa de los programas basados en la comunidad, modelados bajo el enfoque de la APS. En los últimos años, un logro importante ha sido la tentativa de las OSC de todo el mundo de coordinar sus actividades alrededor de la promesa de Alma Ata. Una señal importante en este esfuerzo fue la Primera Asamblea por la Salud de los Pueblos, organizada en 2000 en Bangladesh, y a la que asistieron representantes de más de 90 países. ¡El Movimiento por la Salud de los Pueblos que surgió de ella fue un esfuerzo de la sociedad civil para desafiar a los diseñadores de políticas de salud de todo el mundo por medio de la Campaña de Salud de los Pueblos: “Salud para Todos ¡Ahora!”^{viii}

Los factores que le dan forma a la acción de la sociedad civil

El papel de la sociedad civil ha sido a menudo cooptado por el paradigma económico-político dominante. En muchos países asiáticos centrales, latinoamericanos y africanos los OSC han sido utilizados para sustituir al Estado o para promover los servicios médicos en el mercado.^{ix} La promoción de sistemas sanitarios controlados por el mercado ha dado lugar a la interrupción de la solidaridad entre la clase media y los pobres, la introducción del derecho individual para aquéllos capaces de pagar, la ayuda pública dirigida a los pobres y el uso de las actividades de las ONGs como instrumentos estratégicos de los sistemas sanitarios de mercado de gobiernos neoliberales.^x Al mismo tiempo, la resistencia de la comunidad y de la sociedad civil ha sido siempre prominente al desafiar al paradigma dominante. Esta resistencia fue, anteriormente, al Estado de Bienestar y, ahora, a las prescripciones de la filosofía neoliberal. En muchas partes del mundo, y particularmente en América Latina, una nueva estructura política, capaz de implementar un modelo más distributivo e inclusivo de desarrollo económico y social, parece tomar forma como respuesta a la extensa crisis social y política. Sin embargo, un orden económico y social tan nuevo requiere de un sistema político más democrático y participativo, así como de un ámbito público más abierto y capaz de promover nuevas maneras de participación y prácticas de autogobierno dentro de reglas consensuadas y procesos de gobierno donde las comunidades marginadas y los movimientos sociales puedan desempeñar un papel más activo en la construcción de sistemas más equitativos de salud. **Este es el nuevo y emocionante horizonte hacia el cual la sociedad civil necesita mirar (tal como lo hizo hace apenas tres décadas), al mismo tiempo que defiende la causa de la APS.**

Muy a menudo, los modelos sociales actuales asumen que la sociedad, el estado y la sociedad civil tienen intereses comunes. Pero, ¿Es así? Hay una tendencia en las comunidades a cuestionar tanto la exactitud del conocimiento generado por la sociedad civil, como su capacidad de ser una

fuerza de información científica confiable. Lo que no puede ser negado es que la sociedad civil ha sido decisiva en la contribución hecha al cuerpo de investigación y conocimiento en muchos ámbitos fundamentales. En contextos donde los datos y la información del gobierno son casi inexistentes o no confiables (como lo son los contextos pobres en recursos de la mayoría de los países en vías de desarrollo), las OSC constituyen la principal fuente de datos e información confiables y actualizados. La globalización y el descontento que, consecuencia del impacto negativo de las políticas económicas, han sido decisivos para crear las condiciones para la formación de varios movimientos internacionales de la sociedad civil: el Foro Social Mundial, el Movimiento por la Salud de los Pueblos, la Campaña a Favor del Acceso a Medicinas y el Movimiento en Contra de la Guerra son todos ejemplos de esta tendencia. Con el cambio de escenarios del lugar en donde se elaboran las políticas, para que estos pasen de las instituciones globales, o de algunos países como los Estados Unidos a escenarios más descentralizados y periféricos, el valor de tales movimientos y de las OSC internacionales asociadas a ellos es innegable.

Pero, al mismo tiempo, ahí reside el peligro de que la perspectiva de la Sociedad Civil sea articulada solamente por redes globales, marginando las voces de las OSC localmente arraigadas. Es decir, se debe tener cuidado y asegurarse de que las agendas son locales y no están dictadas por influencias externas, no importando qué tan bien intencionadas pudieran ser éstas. La mayoría de las OSC internacionales están conscientes de esto e intentan templar su alcance global con percepciones locales (“pensar de manera global y actuar localmente” ha sido el lema dominante de esta conciencia). Sin embargo, sigue existiendo la amenaza de que las OSC locales sean hechas irrelevantes en cuanto al diseño de políticas en este proceso, lo que a menudo se ve reforzado cuando las instituciones multilaterales encuentran más conveniente dar importancia a las ONGs con contactos internacionales. Las organizaciones donantes naturalmente quieren trabajar con instituciones de investigación que concuerdan con sus criterios y entienden sus puntos de referencia e ideas,

especialmente en lo que respecta a la materia financiera.^{xi} En realidad, éstas son, a menudo, las ONGs del norte, cuyos miembros comparten trayectorias similares, pero tienen la ventaja del conocimiento y la influencia locales. Al mismo tiempo que un enfoque mundial es importante, no debe actuar como barrera a las iniciativas locales. Algunos ejemplos de ONGs mundiales que dictaron la agenda han sido articulados, por ejemplo, en las consecuencias del tsunami asiático de diciembre del 2004. Algunas OSC de Sri Lanka comentaron: “ONGs internacionales llegaron a la escena de desastre en tan grandes números que a veces hicieron a un lado (incluso desintencionadamente) a las OSC locales, minando su capacidad y forzándolas a cerrar”.^{xii}

Un enfoque de salud basado en los derechos

Los derechos humanos tienen una larga historia, comenzaron ligados a los conceptos de filantropía y caridad y derivaron en derechos que se pueden exigir al Estado. Un enfoque basado en los derechos, como lo entendemos nosotros, requiere la toma de partido y la movilización de los detentores de derechos para frenar su violación. Esto es muy diferente del primer concepto en el que se pensaban puramente en el orden individual y se intentaba situarlo en un marco despolitizado. Para nosotros, el enfoque basado en los derechos necesita reconocer que las causas estructurales (un ejemplo prominente sería hoy la globalización neoliberal, pero pueden haber muchos otros como el colonialismo, la estructura del Estado, etc.) determinan su respeto o su violación.

Mientras se trabaja por la defensa de derechos específicos (como en el caso del derecho a la salud) también debe reconocerse la necesidad de localizar tales campañas o luchas en una movilización más amplia de los detentores de derechos y detentores de obligaciones, con el fin de atacar las causas estructurales que dan lugar a las violaciones de los derechos humanos. A nuestro entender, **los derechos están arraigados en estructuras y relaciones sociales, económicas y políticas**, así que ubicamos las violaciones a los derechos en un análisis más amplio de poder y desigualdad social. Al mismo tiempo que el derecho individual es importante, para nosotros, en un enfoque basado en los

derechos se trata, principalmente, de trabajar sobre éstos a nivel social. **Vemos el marco de los derechos humanos no como uno que legitima y ayuda a mantener el *status quo*, sino uno que lo desafía al señalar cómo viola de manera estructural los derechos humanos.** Defendemos de manera enfática que los derechos son (re)construidos, en última instancia, cambiando las relaciones de poder prevalentes. Para que el enfoque basado en los derechos tenga suficiente capacidad de tener un impacto hay un sistema entero de derechos mundialmente aceptados cuyo cumplimiento y respeto necesitan ser fijados como objetivos y logrados por medio de la movilización de los detentores de derechos.

El foco de la atención de salud como derecho humano comenzó después de la Segunda Guerra Mundial con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la creación de la Organización Mundial de la Salud. El objetivo verdadero de estos esfuerzos, sin embargo, estaba en el acceso la atención médica y sanitaria, sin embargo, tan sólo en las últimas dos décadas, este marco se ha ensanchado para abarcar no solo el acceso a la atención médica, sino también, a otras determinantes de la salud.^{xiii} Un progreso substancial se ha hecho en la comprensión de la sinergia entre salud y derechos humanos y el potencial que tiene este enfoque para transformar a las políticas de salud y las prácticas públicas.

Acogemos con agrado el hecho de que, en su enfoque, la CDSS ha adoptado el marco internacional de los derechos humanos como la estructura conceptual y legal apropiada dentro de la cual avanzar hacia la equidad en salud a través de la acción dentro de las determinantes sociales de la salud. **Creemos que uno de los mandatos principales de la Comisión es ensanchar y profundizar nuestra comprensión del “derecho a la salud” y, específicamente, formular indicadores que tracen el progreso hecho por los gobiernos para garantizar dicho derecho.** Al hacer esto, la Comisión debe ser dirigida por los convenios existentes que describen detalladamente las obligaciones hacia la disposición de los servicios de salud integrales; en la esfera mas limitada de la atención médica y sanitaria, esperamos que la Comisión, en cumplimiento de su mandato, **desafie de manera inequívoca el**

discurso mundial dominante sobre la “atención médica como mercenaria” y de “redes de seguridad para aquéllos que son dejados fuera de las prestaciones” y substituya esto por un discurso de “la atención médica como derecho humano”.

El derecho a la salud: más allá de la atención médica

El Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que supervisa el Convenio del Derecho a la Salud y que prepara *General Comments*, ha reconocido que el derecho a la salud está estrechamente vinculado a, y depende de, la realización de otros derechos, tales como el derecho al alimento, a la vivienda y a la libertad de movimiento. El Comité también ha interpretado el derecho a la salud como un derecho inclusivo que se extiende no sólo a la atención médica oportuna y apropiada, sino también a las determinantes subyacentes de la salud, expresamente observando como determinantes importantes: una fuente adecuada de alimento y nutrición, el acceso al agua segura y potable y al saneamiento adecuado.

Vemos a la Comisión como el vehículo apropiado para ampliar este análisis del Comité, actualmente, ya que su Comentario General No.14, adoptado en el año 2000, es un instrumento clave.^{xiv} **Exhortamos a la Comisión a utilizar su prestigio y peso para recomendar que el Comentario 14 sea hecho un compromiso obligatorio entre los signatarios.** Además, la Comisión necesita reconocer y denunciar el impacto de los factores mundiales que afectan el respeto del derecho a la salud en todas las naciones del mundo. Estos incluyen:

Los factores relacionados a la atención en salud y a los servicios médicos

- *Sistemas de la salud*: El efecto que las reformas promovidas internacionalmente en las últimas dos décadas han tenido sobre la equidad en el acceso a la atención, a través de cambios en el financiamiento, en el otorgamiento de servicios y en las políticas de la privatización ha sido negativo. Hay una necesidad de establecer normas universales con respecto a un estándar de servicios

básicos de atención médica que debe ser respetado.

- *Trabajadores de la salud*: El impacto de la migración mundial de los trabajadores de la salud de países con mayores necesidades a países con mayores recursos ha sido devastador, y políticas de la atenuación para reducir la injusticia que surge de tales flujos son imperativas.
- *Comercio en servicios médicos*: El papel de la liberalización comercial de los servicios médicos a nivel mundial esta afectando la equidad en salud en las países pobres.
- *El acceso a medicamentos esenciales*: El efecto de la extensión de los derechos de propiedad intelectual al acceso a los medicamentos esenciales ha sido quizás el mas grave. Políticas alternativas (TRIPS) para asegurar que tal acceso no se ponga en peligro son indispensables.

Otros determinantes del derecho a la salud

- *Agua/saneamiento*: El papel negativo de la globalización en el acceso al agua potable y el saneamiento; medidas que pueden asegurar y garantizar la equidad en el acceso y la sustentabilidad en el uso del agua so necesarias.
- *Seguridad alimentaria*: El efecto de un mercado mundial cada vez más integrado en la producción alimentaria es bien conocido y la comercialización y la distribución de alimentos de base afecta gravemente la seguridad alimentaria a nivel nacional y del hogar.
- *Sanciones económicas*: Su uso por parte de los Estados y organizaciones internacionales y su impacto sobre el derecho a la salud es innegable.
- *Trabajo y empleo*: El impacto de los sistemas de producción mundial integrados sobre los mercados de trabajo, el desempleo, las condiciones de trabajo y la seguridad social ligada al empleo son todos elementos que afectan el derecho a la salud.
- *Pobreza*: El impacto de las políticas neoliberales en la distribución de la pobreza entre y dentro de las naciones es quizás la determinante más importante.
- *Género*: Los factores mundiales que determinan la posición y rol de la mujer en la sociedad en diversos contextos se sobrepone a las otras injusticias aquí enumeradas.
- *Exclusiones sociales*: El papel de la globalización neoliberal en la creación de nuevas

clases de exclusiones y el refuerzo de las existentes.

• *Guerra y militarización*: El impacto de la militarización y de la guerra (o la amenaza de agresión militar) sobre el derecho a la salud nos llega en la televisión todas las noches.

Un trabajo proactivo sobre los factores anteriormente señalados nos llevaría claramente a examinar las determinantes sociales de salud a las cuales la Comisión está ligada. Miramos a la Comisión para que ubique sus recomendaciones en el marco de estos derechos, de manera que establezca demandas concretas sobre las que los gobiernos actúen.

Empoderamiento para la salud

El término “empoderamiento” se ha convertido en una parte integral del discurso de la mayoría de las agencias ligadas al Estado o a las agencias multilaterales, e incluso de los organismos donantes. Es necesario, sin embargo, examinar si el potencial de liberación del concepto está conservado en su uso. **Definimos al empoderamiento como acciones promotoras que desafían las hegemonías establecidas basadas en un discurso que reconoce los derechos humanos.** Cuando hablamos del empoderamiento en el contexto de la salud, reconocemos la necesidad de que la gente sea consciente de las condiciones que afectan su salud. Pero también afirmamos que el empoderamiento no es únicamente nuevo conocimiento, es el reconocimiento y la adquisición de habilidades para cambiar las relaciones de poder en la sociedad, ya que, en última instancia, el empoderamiento trata con asuntos de poder. También afirmamos que el poder no es algo a lo que las hegemonías establecidas renuncian de manera voluntaria, sino que se trata de algo por lo que se tiene que luchar.

En última instancia, es la gente la que tomará el poder y se empoderará a sí misma; esta distinción es importante para nosotros pues demarca un territorio distinto de la posición que piensa que es posible empoderar a la gente o a las comunidades desde afuera. En nuestra opinión, el empoderamiento es un proceso social y político complejo, en él reside la capacidad de cambiar el

espectro entero de las relaciones de poder y de poner en marcha los procesos requeridos para transformar las relaciones opresivas existentes.

Volviendo al tema de la salud, ¿Qué significa empoderar a la gente para lograr una mejor salud? No nos referimos simplemente, a ayudar a la gente a que tenga un mejor acceso a los servicios o mejores condiciones de vida; éstos son importantes, pero no cambian las relaciones de poder. El empoderamiento en cuestiones de salud implica la toma del poder para cambiar las causas fundamentales de la injusticia, por lo tanto, el empoderamiento para la salud es el proceso por el cual la gente perjudicada trabaja unida para aumentar su control sobre los acontecimientos que determinan su salud. Si utilizamos un criterio social para definir las determinantes de salud, esto significa la adquisición del ímpetu y del poder para cambiar las relaciones económicas, las condiciones de trabajo y de vida y el acceso a los recursos. En última instancia, también significa la capacidad de modificar las relaciones de poder mundial que determinan el estado de salud de una sociedad.^{xv}

Con el fin de explicar el concepto con mayor claridad por medio de un ejemplo, permítasenos considerar la tarea (aparentemente simple) del empoderamiento de una comunidad para prevenir la mortalidad infantil debida a la diarrea. En un primer nivel, el empoderamiento de una comunidad para prevenir muertes por diarrea requeriría de cierto acceso al conocimiento, ya que éste es muy importante para reconocer los síntomas de deshidratación y para poder tener la capacidad de preparar la solución oral para la rehidratación en la casa o a nivel local. El conocimiento es muy importante, pero resuelve solo una ínfima parte del problema si los niños tienen que continuar viviendo en las condiciones que los hacen vulnerables a los episodios repetidos de diarrea. Un nivel más alto de empoderamiento requeriría que la comunidad se pudiera organizar para exigir un mejor acceso al agua potable y a las instalaciones sanitarias. A un nivel todavía más alto, requeriría que la comunidad pudiera articular y luchar por políticas que aseguraran acceso al alimento y al control de la tierra. Este nivel pudiera ser insuficiente y el proceso de empoderamiento puede tener que

ampliarse a la capacidad de cambiar políticas mundiales que dan lugar a un cambio en la injusticia en la distribución desigual de la riqueza y los recursos.

En el contexto mundial actual, que está dominado por el paradigma neoliberal, las luchas por una mejor salud, el desarrollo y la justicia social, incluso en una aldea o en un barrio, son inseparables de la lucha mundial por un orden económico y social más justo en el mundo. **En nuestra opinión, el empoderamiento es un proceso social y político complejo que, en su esencia, reside en el espectro completo de las relaciones de poder y los procesos requeridos para cambiar las relaciones existentes.**

El trabajo de la sociedad civil con la CDSS

El vínculo Sociedad Civil–Comisión fue mediado por las OSC dominantes en cuatro regiones geográficas (América Latina, el Medio Oriente, Asia y África); estas organizaciones fueron identificadas como facilitadoras de la sociedad civil en sus respectivas regiones. El trabajo de la Sociedad Civil con la Comisión incluyó dos fases de trabajo: la primera implicó la identificación de las OSC, los recursos y las preocupaciones acerca de las determinantes sociales de la salud. La síntesis de la información recogida por este proceso condujo al desarrollo de perspectivas regionales de la sociedad civil (SC) sobre las determinantes sociales de la salud, así como una estrategia de involucramiento a largo plazo de la sociedad civil en este proceso. También dio lugar a la identificación extensa de los colaboradores de la sociedad civil que estaban sensibilizados y habían mostrado interés en promover una visión de salud que se centrara alrededor de las determinantes sociales.

Inicialmente, había sido considerado que durante la primera fase de trabajo, las OSC de las cuatro regiones participarían en el desarrollo de estrategias regionales para lograr un vínculo más intenso con el trabajo de la Comisión. Sin embargo, las restricciones de recursos no permitieron que estas estrategias regionales fueran preparadas en la segunda fase. En su lugar, fue decidido que, para

maximizar las aportaciones de la SC en el informe final de la Comisión, el trabajo de la SC de las cuatro regiones se limitaría en gran parte a la identificación y a la recolección del conocimiento colectivo de la sociedad civil.

Posiciones de la sociedad civil respecto a las determinantes clave^{xvi}

Esta sección presenta una selección de posiciones de la SC respecto a las cuestiones consideradas como de importancia crucial. **La articulación de nuestras posiciones en esta sección surge del marco básico elaborado en la primera sección, es decir se basa en la crítica del neoliberalismo, y en una comprensión de que el enfoque de los determinantes sociales debe ser construido sobre el enfoque de la APS.**

Globalización

La salud pública se desprende de manera obvia como consecuencia del proceso de globalización porque hay una contradicción clara entre los principios de la salud pública y la teoría económica neoliberal. La salud pública es “un bien público” (valga la redundancia), es decir, sus beneficios no pueden ser disfrutados o calculados de manera individual, sino que tienen que ser considerados en el contexto de los beneficios que son disfrutados por la población general; por lo tanto, los resultados de la salud pública se comparten colectivamente y su acumulación lleva a mejores condiciones de vida; nótese que estos resultados no se traducen mecánicamente en beneficios económicos visibles (como los niveles de ingreso o los índices de desarrollo económico). Por ejemplo, Kerala, en la India, tiene uno de los ingresos *per capita* más bajos del país, pero sus indicadores de salud pública se acercan a los de muchos países desarrollados; la tasa de mortalidad infantil en Kerala es menos de una tercera parte que la de cualquier otro estado grande de la India; sin embargo, las políticas económicas neoliberales no reconocen tales beneficios. Con el fin de asentar las prescripciones fundamentales de la teoría económica neoliberal en el sector salud, el Banco Mundial, en un documento titulado “La financiación de servicios de salud en países en vías de desarrollo”,^{xvii} hizo las recomendaciones siguientes para éstos países:

1) aumentar los pagos por parte de los pacientes por servicios médicos proporcionados por el sector público.

2) desarrollar los seguros médicos privados (lo que requiere el desmontaje de los servicios médicos financiados por el gobierno porque, en caso de haber atención médica gratuita o de bajo costo, habrá poco interés por tales seguros privados).

3) ampliar la participación del sector privado.

4) descentralizar los servicios gubernamentales de atención a la salud (no una descentralización verdadera, sino que se trata aquí de un eufemismo de que el Estado se retire de su responsabilidad nacional y le pase la carga a las comunidades locales).

Estas recomendaciones fueron refinadas y reiteradas por el Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993, titulado *Invertir en salud*. Hoy en día, el Banco Mundial es la voz decisiva de más peso en el sector salud y, de manera trágica, el papel de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF ha sido reducido a un rol secundario.

La puesta en práctica de estas políticas dio lugar a tendencias regresivas dramáticas de los logros en salud alcanzados después de la Segunda Guerra Mundial; estos retrocesos también ocurrieron en otros sectores, lo que tuvo también un impacto claro sobre la salud; en su mayoría, afectaron a las mujeres y a los niños. En muchos países, más mujeres se incorporaron al mercado de trabajo pero, típicamente, con salarios más bajos y condiciones de trabajo inferiores que aquellos de los hombres; en otros casos, las mujeres fueron desplazadas del empleo cuando los niveles de desempleo aumentaban. Simultáneamente, el grado del trabajo no remunerado en los hogares (realizado en gran parte por las mujeres) creció conforme el suministro público de bienes básicos y de servicios disminuyó. Los niños y jóvenes, especialmente las muchachas, dejaron de asistir a la escuela para incorporarse al extenso (y marcadamente mal pagado) mercado de trabajo informal o para ayudar en el hogar. El alza de los precios de los alimentos, aunado a la reducción de subsidios para los pobres, significó que una proporción cada vez mayor de familias con recursos precarios fuera empujada por debajo de

los límites de pobreza, lo que afectó a las mujeres y a las niñas de manera desproporcionada. Estas mismas se vieron obligada a trabajar por largas horas para comprar la misma cantidad de alimentos que antes, creciendo así la explotación y la indigencia. Esto también significó un aumento de mujeres jóvenes (de hecho, mujeres en general) que fueron empujadas a la industria del sexo, ahora creciente a nivel mundial.

Debido a los niveles cada vez mayores de desnutrición, las tasas de mortalidad infantil, que anteriormente iban en declive, se estancaron o aumentaron (en el caso de algunos países). Estos efectos fueron tan generalizados que la UNICEF clamó por “un rostro humano” en los programas de ajuste estructural.

Frente a tal evidencia, incluso el Banco Mundial se vio forzado a modificar sus recomendaciones anteriores y comenzó a hablar de la inversión en los pobres con inversiones en salud y en educación y sobre la promoción de redes de seguridad y programas sociales dirigidos a grupos específicos. Esto fue un reconocimiento claro de que programas específicos son necesarios para proteger a los pobres de las consecuencias del ajuste estructural y de que el desarrollo económico por sí mismo no reduce el problema de la pobreza. **Pero estos cambios en el pensamiento del Banco Mundial siguen siendo inadecuados y han llegado demasiado tarde para millones de personas que han muerto como resultado de las políticas que este había promovido anteriormente.**

La Organización Mundial de Comercio (OMC) y el sector salud

Diversas secciones del acuerdo de la OMC, firmado en 1994, tienen un impacto sobre el sector salud; algunos de los acuerdos importantes bajo de la OMC, que tienen un efecto sobre la salud, son descritos a continuación:

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)

Actualmente, el sector de servicios está creciendo a un ritmo mucho más rápido que el sector productivo en países desarrollados y en muchos en

vías de desarrollo. Este sector es responsable de dos tercios de la economía y empleos en la Unión Europea (UE) y de casi un cuarto de las exportaciones totales de la UE y de la mitad de toda la inversión extranjera que fluye de la UE a otras partes del mundo. En los EEUU más de un tercio del desarrollo económico reciente se debe a exportaciones de servicios.

Como el sector servicios de las economías de países desarrollados creció, el comercio en varios tipos de servicios fue exportado, tanto así que las corporaciones transnacionales comenzaron a cabildear para el establecimiento de nuevas reglas comerciales que ampliaran su participación en el mercado internacional en servicios. Este es un segmento particularmente lucrativo, debido a que los gobiernos gastan una considerable cantidad de su presupuesto en servicios sociales.^{xviii}

Esto es sobre lo que se preocupa el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) bajo la OMC. Hoy en día, el AGCS cubre a unos 160 sectores separados. El AGCS, como el resto de los acuerdos de la OMC, contiene las provisiones que permiten la desregulación adicional de cualquier legislación nacional que se considere hostil para el comercio “libre”. El AGCS identifica los compromisos específicos de los Estados miembro que indican por cada sector el grado en que los extranjeros pueden suministrar servicios en el país.

Hoy en día, las compañías de seguros privadas, las empresas administradoras de servicios en salud, las compañías dedicadas a la tecnología para la atención médica y la industria farmacéutica de los países desarrollados están buscando oportunidades para ampliar sus mercados en atención médica... En los países en vías de desarrollo, muchos servicios médicos privados eran, generalmente, suministrados por organizaciones no gubernamentales como organizaciones de beneficencia, sociedades religiosas y asociaciones con orientación comunitaria, sin fines de lucro.

Esto ha comenzado a cambiar con la expansión de las inversiones privadas en los servicios médicos y el papel destacado del sector corporativo, especialmente en países donde hay una élite afluyente dispuesta a pagar o dónde existe una base

privada de servicios médicos. Este cambio de abrir la salud y los sectores sociales para permitir su privatización y la competencia del sector privado, significa que se anima a este último a que asuma el control de la salud y los servicios sociales de los países fundamentalmente con fines de lucro.

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS)

El acuerdo de la OMC sobre patentes (llamado Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio: TRIPS, por sus siglas en inglés) santifica los ingresos por renta de los monopolios de las casas farmacéuticas transnacionales. La OMC define a los “derechos de propiedad intelectual” como, “los derechos otorgados a las personas sobre las creaciones de sus mentes” que, generalmente, dan al creador el derecho exclusivo sobre el uso de su creación por cierto periodo de tiempo. Los TRIPS protegen a los negocios de biotecnología, de programas informáticos, de farmacéuticos y otros sectores e imponen los costos de monitoreo a los gobiernos faltos de dinero, mientras que retrasan o previenen del todo la transferencia de tecnología útil.

El acuerdo de los TRIPS (firmado como parte del acuerdo de la OMC) fue el más amargamente disputado durante las negociaciones del GATT. Hasta 1989, países como la India, Brasil, Argentina, Tailandia y otros se habían opuesto incluso a la inclusión de los temas de TRIPS en la agenda de negociación. Se oponían basados en el argumento sensato de que los derechos de propiedad intelectual (que incluyen las patentes de medicamentos) no es un tema sobre comercio. La India y otros países argumentaban que los derechos estipulados en las leyes domésticas referentes a la propiedad intelectual no debían ser vinculadas con el comercio, además, sostenían que la historia de los derechos de propiedad intelectual demuestra que todos los países han desarrollado sus leyes domésticas en consonancia con su etapa de desarrollo económico y el desarrollo de sus capacidades en la ciencia y la tecnología. Las Leyes que estipulan un límite fuerte de la protección, limitan la capacidad de los países en vías de desarrollo de mejorar sus capacidades

científicas y tecnológicas y retardan la diseminación del conocimiento. Japón, por ejemplo, pudo mejorar sus capacidades domésticas por medio una protección débil de patentes por décadas (hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX). Por otro lado, Italia no cambió a un régimen más fuerte de la protección sino hasta 1978 y Canadá lo hizo solo en 1992. De ese modo, era natural que muchos países, como la India, tuvieran leyes domésticas que no favorecían la protección fuerte de las patentes antes de que el acuerdo de la OMC fuera firmado. Era ilógico empujar una sola estructura de patentes en todos los países del mundo, independientemente de su etapa del desarrollo.^{xix}

Sin embargo, estos argumentos fueron destruidos de manera sistemática durante las negociaciones del GATT, lo que condujo a la firma del acuerdo de los TRIPS, que requirió que todos los países cambiaran a un régimen fuerte de protección de patentes. Un régimen que no permitiría que los países continuaran con leyes domésticas que permitieran a las compañías domésticas fabricar nuevas drogas inventadas en otra parte, a precios que oscilaban entre un vigésimo y un centésimo de los precios mundiales. En la India, por ejemplo, su Acta sobre Patentes de 1970 animaba a las compañías indias a desarrollar nuevos procesos para drogas patentadas y facilitaba el desarrollo de instalaciones industriales de calidad mundial en un país en vías de desarrollo.

El acuerdo de los TRIPS ha dado un poder enorme a las transnacionales, en virtud del monopolio que tienen sobre el conocimiento que han generado beneficios estupendos con las patentes de algunos de los medicamentos mejor vendidos. Sin embargo, los medicamentos que se venden bien en el mercado pueden tener poco que ver con las necesidades reales de la salud de la población del mundo; ya que, a menudo, no hay quien pague la investigación sobre los medicamentos requeridos para tratar enfermedades en los países más pobres. La investigación y el patentaje de productos farmacéuticos son conducidos no tanto por las necesidades terapéuticas reales, sino por la necesidad de las compañías de mantener los estupendos niveles de ganancias que tienen actualmente, al mismo tiempo, el nuevo desarrollo de medicamentos se ha vuelto más costoso, debido

a leyes reguladoras más rigurosas. Esto es uno de los motivos principales de la tendencia hacia las fusiones de compañías internacionales, conforme las compañías individuales desean conservar las tasas de crecimiento enorme que tenían en los años 70 y 80s e intentan aunar sus recursos para la investigación y el desarrollo. Por lo tanto, nos enfrentamos a una situación, donde 10-12 grandes conglomerados transnacionales sobrevivirán como compañías “basadas en la investigación”.

Debido al monopolio que estas compañías tienen sobre el conocimiento, éstas decidirán la clase de medicamentos que serán desarrollados (medicamentos que puedan ser vendidos a la gente con el dinero para comprarlos). Así, por un lado, tenemos el desarrollo de medicamentos de “estilo de vida”, es decir, drogas como viagra, dirigido a las dolencias ilusorias de los ricos. Por otro lado, tenemos una gran cantidad de medicamentos “huérfanos” (los que pueden curar enfermedades peligrosas para la vida en Asia y África, pero no se producen porque los pobres no pueden pagarlos). La investigación médica de hoy está sesgada en favor de las enfermedades cardíacas y el cáncer y no presta la misma atención a otras enfermedades como la malaria, el cólera, el dengue y el SIDA: enfermedades que matan a mucha más gente, especialmente en países en vías de desarrollo. Tan sólo el 4% del dinero de la investigación se dedica al desarrollo de nuevos productos farmacéuticos específicamente para enfermedades frecuentes en los países en vías de desarrollo. Algunos medicamentos creados en los años 50s y 60s para tratar enfermedades tropicales han comenzado a desaparecer del mercado porque raramente, o nunca, se utilizan en el mundo desarrollado.

Acuerdo sobre agricultura -- asalto a la seguridad alimentaria

La fase actual de globalización también tiene consecuencias graves sobre la seguridad alimentaria, que es una parte integral de la buena salud. El acuerdo sobre agricultura (ASA), debajo de la OMC, ha torcido el equilibrio en contra de los países en vías de desarrollo. En la mayoría de estos países, el levantamiento de las restricciones en las importaciones, según los requisitos del

ASA, ha dado lugar al desbaratamiento general de la economía rural.

El ASA se aseguró de que los subsidios proporcionados a la agricultura doméstica en los países en vías de desarrollo fueran eliminados, mientras que los proporcionados en los países desarrollados se conservaran. Esto ha dado lugar a que las exportaciones de bienes primarios de los países en vías de desarrollo ya no sean competitivas en el mercado mundial, al mismo tiempo que sus mercados interiores están siendo inundados de importaciones subvencionadas provenientes de países desarrollados. Esto ha sido agravado por las presiones ejercidas por las políticas inducidas de los programas de ajuste estructural de producir para el mercado de exportación. Debido a que un grupo pequeño países desarrollados controlan las reglas del juego mundial, en las últimas décadas los precios internacionales de las exportaciones agrícolas de los países en vías de desarrollo han bajado constantemente. Como resultado, los campesinos obtienen cada vez menos dinero por sus productos, al mismo tiempo que el crecimiento de la producción de los productos básicos alimentarios ha disminuido marcadamente.

Sistemas de salud y cuidados de salud

¿Por qué abandonó la comunidad mundial el enfoque de APS de Alma Ata a los pocos años de haber sido propuesto?

Factores económicos

Los sistemas sanitarios necesitan ser financiados de manera adecuada y contar con talento humano capacitado. **Se ha calculado que los países con ingresos bajos y medios-bajos necesitan gastar por lo menos US \$30-40 (precios del año 2002)^{xx} por persona anualmente para poder proveer a sus poblaciones con una atención médica esencial. Esta suma es cinco veces mayor al gasto promedio en salud de gobiernos de países menos desarrollados y cerca de tres veces mayor que la de otros países de bajos ingresos.** La inhabilidad de países más pobres para comprometer incluso una fracción de los recursos requeridos para sostener sus sistemas de salud tiene sus orígenes en la crisis económica que los

afectó a principios de los años 70. Esta crisis surgió algunos años después de la declaración Alma Ata y evitó que sus aspiraciones visionarias y audaces fueran puestas en práctica.

La crisis tuvo como consecuencia un recorte salvaje del gasto público en sectores sociales tales como la salud, las instalaciones de salud de los gobiernos sufrieron seriamente, llevando casi a su desmontaje y a la severa pérdida de la moral entre los trabajadores de la salud. Así, menos de una década después de la declaración de Alma Ata, en vez de un aumento en el gasto público en salud (como la declaración vislumbra), lo que atestiguamos fue un severo y sostenido recorte en el gasto público.

Este ataque contra el sistema público de asistencia médica atrajo la crítica de aquéllos que dependían de él, irónicamente, las mismas fuerzas que causaron este cambio (el Banco Mundial, el FMI e incluso los propios gobiernos de los países) se unieron al coro de voces que culpaba a los servicios públicos. La gente se vio forzada a buscar otras opciones, ocasionando un auge en el sector privado y su creciente legitimación.

Pagar para tener acceso al sistema público

Un efecto prominente de las reformas introducidas por el Banco Mundial sobre el sector salud fue la promoción de una mayor privatización de la asistencia médica, esto significa que la gente tiene que gastar más dinero para tener acceso a dicha asistencia; curiosamente, este efecto se ha utilizado como argumento para introducir sistemas de pago (bajo la forma de "honorarios por parte del usuario") en el sistema público también. El argumento utilizado ha sido: ¡Si la gente ya está pagando en el sector privado, también puede pagar en sector público! El impacto de esta transferencia de responsabilidad de financiamiento a los hogares ha sido desastroso, particularmente para los pobres; la evidencia mundial sugiere que la introducción de honorarios por parte del usuario está impidiendo, cada vez más, el acceso al sistema de la salud pública.^{xxi}

Los defensores del pago de honorarios sostienen que los efectos negativos pueden ser evitados eximiendo de pago a los pobres:

desafortunadamente, esto es algo que casi nunca funciona; por el contrario, anima la extorsión y el patrocinio cuando los proveedores están mal remunerados. Por otro lado, tampoco hay evidencia de que los pagos hechos por los usuarios prevengan el llamado “uso frívolo” de los servicios médicos del sector público.

Atención médica pobre para los pobres

De manera simultánea, se promovió la tentativa de segmentar la atención médica: pública para pobres y privada para ricos. El Banco Mundial ahora aboga por que los gobiernos de los países pobres no intenten proporcionar atención médica para todos. En su lugar, dice que deben de gastar solamente en el abastecimiento de un paquete “mínimo” de servicios para los pobres. Esto se opone claramente al modelo de APS que recomienda servicios primarios “universales” (para todos).

La argumentación a favor de esta segmentación es obvia: los recursos del gobierno se pueden dirigir a los que no puedan pagar, para que los que pueden hacerlo sean atendidos en el sector privado. Desafortunadamente, esta propuesta está basada en un análisis superficial y simplista de cómo funcionan los sistemas de salud, la segmentación del sistema de salud da lugar a que los ricos, al decidir salirse del sistema público, se lleven consigo recursos, peso político y la necesidad de rendir cuentas por parte del gobierno, lo que queda es un servicio pobre “para la gente pobre”. Así, una extensión del sector privado resta tantos recursos que el sistema público se ve aún más apremiado para hacer frente a su carga de trabajo.

Promoviendo el “mercado” de la atención médica

El derrumbamiento del sector público ha llevado a la aparición de un sector privado desorganizado y no regulado en los países en vías de desarrollo. En muchos países, está siendo promovido por medio de subvenciones directas y en los impuestos por los gobiernos que deciden subcontratar proveedores privados para que brinden servicios que son parte de las funciones del estado. Además, el sector privado trabaja a través de compañías de

seguros, también privadas, que están interesadas en atraer a los más pudientes.

En muchas regiones del mundo el sector privado es la única atención médica disponible, debido al deterioro constante del sector público. La experiencia con el sector privado, sin embargo, demuestra que sus afanes de lucro dominan sobre otras consideraciones y esto se traduce en mala calidad de la atención o en la eliminación de los pobres de su clientela (o, a menudo, de ambas), además, el comportamiento poco ético de los proveedores privados es común cuando piden/recetan exámenes y remedios innecesarios. La atención médica con fines de lucro promueve tales comportamientos, a expensas del tratamiento ético y científico. Además, siendo el objetivo el lucro a través de pacientes individuales, el sector privado raramente se vincula a la prevención o a la promoción de otras medidas de salud pública.

Los defensores de la comercialización argumentan que un sistema basado en el mercado mejora la calidad de la atención y la eficacia debido a la competencia entre los proveedores y porque los consumidores tienen más opciones. Sin embargo, nada está más lejos de la verdad., los pacientes (especialmente los pacientes pobres) rara vez tienen suficientes conocimientos para elegir entre diversas opciones, o para negociar mejores términos, por tanto, la competencia no mejora la calidad si la gente no puede tomar una decisión informada. Además, los proveedores solamente se dirigen a los que pueden pagar y dejan a los pobres con, virtualmente, ninguna opción; por último, el sector privado es conocido por burlar regulaciones y la necesidad de vigilarlo representa una carga para las finanzas públicas. Un sistema con múltiples proveedores es además ineficaz porque no puede hacer uso de “economías a escala” en las compras o en la provisión de servicios.

Cuidados de salud selectivos y costo-efectividad

Otro golpe al enfoque de APS vino bajo la forma del concepto de “atención médica selectiva”, a enfocarse de manera limitada a ciertas intervenciones de atención, a diferencia de una atención integral y universal. Fue propagado este concepto con el entendimiento de que en vez de

esperar se llegara a un sistema con suficientes recursos que pudiera proporcionar atención integral, era prudente promover un número reducido de intervenciones que pudieran producir cambios más grandes y rápidos en los resultados.^{xxii} La atención selectiva se asocia a programas “verticales”, es decir, programas independientes con estructuras y gerencias específicas, cada uno dirigido a un problema particular. Este enfoque refuerza la orientación biomédica de atención que se basa en la creencia de que una tecnología específica puede dirigirse a un problema de salud también específico.

En muchos países, este modelo ha interrumpido el desarrollo de un sistema integral de salud promoviendo programas múltiples que tienen pocos elementos de integración; muchos de estos programas son conducidos y controlados por donantes y su puesta en marcha corre a cargo de organismos internacionales. Por otro lado, muchos de éstos conducen a la pérdida de habilidades de los trabajadores, ya que éstos quedan entrenados para hacer solamente un número limitado de tareas referentes al programa en el que trabajan. Por último, los programas verticales múltiples también pusieron la carga en los consumidores, quienes tienen que acceder a cada uno de ellos por separado y por medio de múltiples visitas.

Debemos recordar que la atención médica selectiva fue introducida bajo la consideración de que las intervenciones urgentes no pueden esperar a la creación de infraestructura básica. Sin embargo, la experiencia sugiere que cuando se promueven las intervenciones selectivas, raramente existen esfuerzos simultáneos para establecer una infraestructura integral. Consecuentemente, los logros a corto plazo llegan a ser difíciles de sostener y de darles seguimiento., peor aún, las intervenciones selectivas pueden realmente minar el desarrollo de los sistemas de salud, por ejemplo, las campañas de inmunización han sido priorizadas a tal grado, que otros servicios han sido interrumpidos.

Hoy en día, los Objetivos de Desarrollo del Milenio fijados por las Naciones Unidas también están poniendo a los servicios médicos bajo presión para alcanzar las metas por medio de intervenciones selectivas. Se ha calculado que,

para alcanzar dichos Objetivos se necesitará hacer universalmente disponibles 15 intervenciones preventivas y 8 intervenciones en 42 áreas. Además, existe la presión adicional de poner en marcha intervenciones selectivas, pues los gobiernos se unen a la carrera para solicitar fondos, tales como el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y a la Malaria (GFATM). De manera importante, muchas de las nuevas iniciativas selectivas de atención médica funcionan como iniciativas público-privadas mundiales, introduciendo así un nivel mucho más alto de imbricación del sector comercial y privado.

Resurrección del sector público

Lo “público” ha casi desaparecido de los sistemas sanitarios en muchas partes del mundo, por lo que es necesario señalar las opiniones incorrectas y las falsedades evidentes sobre el sector público; ha habido tentativas sistemáticas de retratar al sector privado como más “eficiente” y de sostener que la competencia y los incentivos del mercado conducen a mejorar el cuidado y a brindar más opciones. Sin embargo, tales argumentos cierran los ojos ante el hecho de que el sector público ha desempeñado el papel principal en casi todas las situaciones donde los resultados en el área de la salud han mejorado perceptiblemente. Los sistemas de la salud que dependen del sector público han sido la norma, más que la excepción, en casi toda Europa. **Los casos de éxito de desarrollo de sistema de la salud (como el de Sri Lanka, Costa Rica y Cuba) son del sector público. Además, el éxito del sector público no se limita a los sistemas de salud,** la investigación financiada públicamente en los institutos científicos nacionales y en las universidades ha sentado las bases para muchos, si no es que la mayoría, de los progresos de las ciencias médicas.

Hay razones importantes por las que el sector público necesita desempeñar un papel determinante en los sistemas de salud (sin importar de qué parte del mundo estemos hablando). Primero, **la gente tiene derecho a la atención médica independientemente de su capacidad de pagar.** Solamente los gobiernos, y no los mercados, pueden asegurar que los sistemas de salud traten las necesidades de los más pobres y los marginados; esto no significa que los

servicios médicos públicos sean “servicios pobres para gente pobre”, sino que deben ser vistos como tentativas de proporcionar los mejores servicios posibles a todos, al mismo tiempo que se dirige a las necesidades especiales de los que son más vulnerables. En segundo lugar, **los sistemas de salud equitativos y eficientes requieren ser planeados sistemáticamente, basándose en condiciones locales** y es imposible que un sistema con carácter lucrativo, fragmentado, con objetivos múltiples (y a menudo contradictorios), lo logre. Tercero, **solamente un servicio público adecuado puede romper la relación entre las ganancias de los proveedores y el otorgamiento de servicios.** ¡El comportamiento poco ético de los proveedores está directamente ligado al hecho de que, si la atención se vincula al lucro, la mala salud significa mayor ganancia!

Dimensiones de género en la salud

En el contexto actual de globalización y reforma del sector salud, la discusión de dicho sector está definida por un lenguaje de costos, eficacia, ajuste y disminución de presupuestos. La reforma, los mecanismos de financiamiento y los seguros médicos promueven las injusticias de género en la financiación de las prácticas médicas, así como la discriminación de género en coberturas basadas en el riesgo de las compañías de seguro. La Conferencia Internacional de la ONU sobre Población y Desarrollo (celebrada en El Cairo en 1994) marcó el cambio en el enfoque a la salud sexual y reproductiva.^{xxiii} La conferencia de El Cairo cambió el centro del enfoque anterior, que estaba puesto en la tecnología y obsesionado con el control demográfico por medio de un sistema de servicios de planificación familiar. La conferencia de El Cairo propuso un enfoque basado en los derechos para la estabilización de la población, desacreditando los viejos programas de control poblacional; pero a pesar de algunos avances, una revisión de diez años, demostró que el programa trazado todavía estaba lejos de ser ejecutado.^{xxiv} Gran parte del motivo de esta brecha en la implementación, reside en factores económicos mundiales que impactan de manera negativa a los vulnerables y marginados (y las mujeres son a menudo las primeras víctimas), por lo que, en nombre de la “moralidad”, algunas tendencias fundamentalistas están erosionando el consenso

alcanzado en El Cairo. Los EEUU han sido líderes mundiales en la prosecución de esta agenda, según fue ejemplificado por ese gobierno, que prohibió que las ONGs extranjeras recibieran ayuda del gobierno norteamericano si promovían o proporcionaban fondos para el aborto.^{xxv} Debido a este entendimiento emergente, los movimientos de mujeres han comenzado a vincular sus demandas a la salud y los derechos reproductivos a los temas de comercio, globalización y fundamentalismo. Las relaciones entre la globalización neoliberal y el fundamentalismo se están poniendo de manifiesto, dado que ambas fuerzas se ensamblan para negar a las mujeres su derecho a los sustentos, la seguridad económica y al control sobre sus vidas, la reproducción y sus cuerpos.

Condiciones de empleo

Las condiciones de empleo son el producto de las relaciones económicas en un contexto histórico específico y se relacionan con los términos negociados bajo los cuales los trabajadores venden su trabajo a cambio de una cierta forma de remuneración y de otras prestaciones. Hasta los años 70 en los países desarrollados era posible observar un aumento en las prestaciones y en las condiciones de empleo y de trabajo. Pero la situación en países en vías de desarrollo ha sido muy diferente; en ellos (que corresponden a más del 80% de la población mundial), las condiciones de empleo nunca han alcanzado el nivel de los países desarrollados. En estos países había un sector “informal” muy grande que estaba en gran parte fuera del ámbito de las condiciones laborales seguras; además, con la mayoría de la mano de obra contratada en la agricultura, el modelo del estado de bienestar nunca fue una característica prominente en los países más pobres del mundo. Sin embargo, las aspiraciones democráticas en la era poscolonial en los países en vías de desarrollo dieron lugar a algunas mejoras en las condiciones de empleo, claramente detectables en la capacidad mejorada de negociación de los asalariados.

Al mismo tiempo que los logros reales son sumamente diferentes, sigue siendo cierto que hubo una mejora notable en las condiciones laborales de la mayor parte del mundo hasta los años 70. Sin embargo, se observa un quiebre radical en los años 70 con la crisis económica en

el mundo desarrollado, y por otro lado, el ascenso de las políticas neoliberales ha conducido a un retroceso en muchos de los avances laborales que se habían hecho en las últimas décadas. El desempleo aumentó en la mayor parte del mundo, las modalidades de empleo seguro fueron sustituidas por “la flexibilidad del mercado laboral”, proceso por el cual gran parte de la mano de obra que estaba en un ambiente seguro se encontró, repentinamente, en formas precarias de empleo, es decir, en el sector informal, como trabajadores a contrata, etc.^{xxvi}

Como otra característica de la globalización neoliberal, los desechos de industrias contaminantes y el trabajo peligroso en países en vías de desarrollo también necesita ser tratado al igual que el fenómeno de los EPZs (zonas de libre comercio), en que se encuentran algunas de las peores condiciones de trabajo y de violación a las leyes laborales (a menudo como parte de la política explícita del estado). Además, está el tema del desplazamiento de la gente donde se establecieron tales zonas, sin tener una remuneración adecuada. La Comisión necesita prestar especial atención al tema de las condiciones laborales y su impacto en la salud, esto es, la seguridad y la salud ocupacionales. Esto también necesita ser contextualizado en la manera en que las industrias y el trabajo peligroso se están mudando a países más pobres.

Guerra y militarización

La guerra es responsable de más muertes y discapacidades que muchas enfermedades importantes; destruye familias, comunidades, naciones y culturas (a veces) enteras. La guerra desvía recursos limitados de salud y de otros servicios humanos y daña la infraestructura que los apoya. La guerra, simplemente, viola los derechos humanos. El modo de pensar de la guerra (de que la violencia es la mejor manera de resolver conflictos) contribuye a la depresión, a la violencia doméstica, al crimen en las calles y a muchas otras clases de violencia; la guerra también daña el ambiente. En suma, los conflictos armados amenazan no sólo a la salud, sino también a la misma estructura de nuestra civilización.^{xxvii}

La infraestructura de salud (que en muchos países ya estaba en mal estado aún antes de que la guerra comenzara) es a menudo destruida, incluyendo las instalaciones de atención médica, plantas generadoras de electricidad, sistemas de provisión de alimentos, instalaciones de tratamiento de agua y de saneamiento, además de sistemas de transporte y comunicación. El ataque del 2003 contra Irak, llevado a cabo por los EEUU y el Reino Unido, devastó mucha de su infraestructura, lo que condujo, una vez más, a numerosas muertes.^{xxviii}

El conflicto armado, o su amenaza, explica la mayor parte de los refugiados y desplazados internos en el mundo de hoy con su vulnerabilidad a la desnutrición, las enfermedades infecciosas, las lesiones, la violencia, las violaciones sexuales y los ataques criminales y militares.

Además, la guerra y la preparación para la guerra desvían una gran cantidad de recursos que podrían ser ocupados para los servicios de salud y humanos y otros esfuerzos sociales productivos. Además, a menudo crea un círculo vicioso de violencia, aumentando la violencia doméstica y comunitaria en los países involucrados, la guerra y su preparación tienen impactos profundos en el medio ambiente. En general, la guerra impacta negativamente a los civiles, ya sea por medio de ataques directos en su contra o por el “daño colateral” causado por las armas dirigidas a los blancos militares. Durante algunas guerras en los años 90, aproximadamente 90% de los muertos no eran combatientes.^{xxix}

Las causas subyacentes del conflicto armado y del militarismo incluyen la pobreza, las injusticias sociales y los efectos nocivos de la globalización, así como a la vergüenza y a la humillación. Algunas de estas causas subyacentes se están volviendo más frecuentes o están empeorando, incluyendo la persistencia de disparidades socioeconómicas y otras formas de injusticia social. Asimismo, las consecuencias del colonialismo todavía pueden ser sentidas en muchos países, en que se destruyeron sistemas políticos, sustituyéndolos por sistemas nuevos que no tenían relación con los valores culturales de la población lo que, además, creó dependencia

económica. El neocolonialismo, por medio de las agencias multilaterales, las corporaciones transnacionales y las organizaciones internacionales (y a veces el uso de la fuerza militar) es responsable de la desigualdad social, del control de los recursos naturales y de la ausencia de procesos democráticos.

Seguridad alimentaria y nutrición

La desnutrición es la causa subyacente más importante de enfermedad y de muerte en el mundo, siendo responsable del 12% de todas las muertes; diariamente, 799 millones de personas en países en vías de desarrollo (cerca de 18% de la población del mundo) pasan hambre.^{xxx} En el sur de Asia, una persona de cada cuatro pasa hambre y en África subsahariana, el número asciende a una de cada tres. Hubo una reducción en el número de gente que sufría de hambre crónica en la primera mitad de los años 90, pero el número aumentó a cerca de 18 millones entre 1995 y 1997. El valor mundial del comercio de alimento creció de US \$ 224 mil millones en 1972 a US \$ 438 mil millones en 1998. La globalización de los sistemas globales de alimentos no es nada nuevo, pero su peso relativo y escala actuales no tienen precedentes: los alimentos constituyen ahora el 11% del comercio global en términos de valor, un porcentaje más alto que el del combustible.^{xxxi} La sobreproducción de alimentos (apoyada por subsidios masivos en los EEUU y en Europa particularmente) ha llevado a la producción de alimentos en los países en vías de desarrollo a disminuir.

La historia es similar en casi todos los países en vías de desarrollo; por ejemplo, una familia promedio de cuatro miembros en la India vio reducido su consumo de cereales en 76 kilos entre 1998 y 2003 (o sea, a niveles vistos por última vez justo después de la independencia en 1948^{xxxii}). Esta caída dramática se puede explicar con el derrumbamiento del empleo rural y a través de los efectos de la liberalización del sector agrícola.

En resumen, la tendencia actual de liberalización es concomitante con la concentración y el control masivo del sistema alimentario por un puñado de corporaciones con base en países desarrollados. La liberalización del comercio agrícola, por lo tanto,

ha reforzado y consolidado una división del trabajo internacional en agricultura. En 1990, los países de la OCDE controlaban el 90% del mercado mundial de semillas, a partir de 1970-1996, la parte de la OCDE del volumen de exportaciones de cereales en el mundo se incrementó del 73% al 82%; los EEUU seguían siendo el principal exportador del mundo de cosechas comerciales, tales como el maíz, la soja y el trigo. La tasa de África, América Latina y Asia en importaciones de cereales aumentó a casi el 60%. La liberalización, en general, ha contribuido a las desigualdades cada vez mayores dentro de los países en vías de desarrollo y desarrollados.

Urbanización, contextos urbanos y equidad en salud

El mundo está cada vez más urbanizado y la pobreza también se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más urbano. En 2007, hay más gente viviendo en centros urbanos que en zonas rurales; según proyecciones recientes, la población urbana del mundo aumentará de 2.86 mil millones a 4.98 mil millones antes del 2030, momento en el que cerca del 60% de la población del mundo vivirá en contextos urbanos. Pero por otro lado, la pobreza está creciendo y las condiciones de vida deteriorando en *todas* las ciudades.^{xxxiii} Además, en países con ingresos bajos y medios-bajos, la población que vive en ambientes densamente poblados e informales ("barrios") probablemente se duplicará en menos de 30 años.^{xxxiv}

El rápido crecimiento urbano se atribuye cada vez más al crecimiento demográfico natural (*Habitat*, ONU, 2006). Sin embargo, existen diferencias regionales importantes y hay también una necesidad de examinar el proceso de urbanización dentro de las políticas económicas del capitalismo para entender el impacto de los cambios políticos, económicos y sociales en las zonas rurales (Harvey, 1985; Castells, 1997). Las políticas implementadas en el sector agrícola de muchos países en vías de desarrollo de Asia y África (que han reforzado patrones coloniales de la producción agrícola) han estimulando el crecimiento de cosechas con fines de exportación, a expensas del cultivo de cosechas comestibles, lo

que ha incrementado de modo dramático la pobreza rural y empujado a la gente a migrar a las ciudades.

Los servicios y la infraestructura en las ciudades no han crecido al ritmo de la rápida urbanización y una proporción cada vez mayor de gente en las ciudades vivirá sin la infraestructura social adecuada, especialmente vivienda, abastecimiento de agua, drenaje e instalaciones sanitarias. Al mismo tiempo que permanecen expuestas a los riesgos en salud relacionados con la pobreza, el desempleo, la desnutrición, vivienda precaria y servicios ambientales y sociales inadecuados; los pobres en las ciudades se exponen ahora a los peligros relacionados con la “modernización” (por ejemplo, la contaminación), al mismo tiempo que la carencia de sistemas de apoyo sociales en las ciudades y la exclusión social que aumentan el riesgo de problemas de salud mental. Por otro lado, las ciudades concentran recursos e inversiones y la exclusión social en este contexto se siente de una manera particularmente fuerte. En Cape Town, por ejemplo, algunos barrios de rápido crecimiento en los que los niños mueren de enfermedades evitables (como diarrea) están ubicados cerca de las playas exclusivas y los centros turísticos. En muchas ciudades del mundo se edifican centros comerciales exclusivos al lado de asentamientos informales de viviendas en donde la gente carece incluso servicios sanitarios básicos.

Conclusiones

Principios que este informe sustenta

Presentamos este informe a la Comisión con los principios siguientes como ejes rectores:

- La salud es un derecho humano inalienable garantizado por las Naciones Unidas y firmado por los gobiernos de todo el mundo hace más de seis décadas.
- La salud no es una mercancía sino un bien público.
- Tal como fue definido por la OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad.
- Por consiguiente, el logro de la salud no gira exclusivamente alrededor de intervenciones

biomédicas, sino, sobre todo, en torno a una intervención integral sobre las determinantes sociales estructurales de la salud, las que incluyen factores tales como: la seguridad alimentaria, el acceso al agua potable, el saneamiento, la vivienda y las condiciones laborales (aunque no se reducen exclusivamente éstas).

El factor principal que obstaculizó y continúa impidiendo el logro de esta meta (además de que aumenta la brecha entre la gente) es el paradigma neoliberal reinante, el cual es conducido por y refleja los intereses estrechos de los ricos, las corporaciones transnacionales y el capital financiero.

Hace más de 150 años, Virchow, el padre de la salud pública, dijo que la salud es política a gran escala. Creemos también que el logro de la salud puede ocurrir solamente si se reúne la voluntad política necesaria --y que es tan sólo por medio de la acción política de las masas y los formuladores de política mundiales que estos problemas puedan ser resueltos. **El logro de las metas anteriormente expuestas no se puede alcanzar sin políticas que apunten, en última instancia, a echar atrás las que reproducen el marco neoliberal.**

Acogemos con agrado el renacimiento del concepto de APS según lo declarado por la OMS en su 60ª sesión. Sin embargo, para que este enfoque sea exitoso, debe ser puesto en el contexto del trabajo integral sobre las determinantes sociales de la salud. Además, reiteramos la importancia del revivir el espíritu, los principios básicos y valores de la declaración de Alma Ata y enfatizamos la responsabilidad que tienen los gobiernos en el 2007 (igual que antes) de proporcionar salud para todos.

Recomendaciones específicas

Sugerimos a la Comisión que haga recomendaciones específicas (dirigidas a la OMS, a otras instituciones públicas y mundiales y a los gobiernos de los países) sobre temas clave, respaldadas por la considerable evidencia que la Comisión y sus colaboradores han sido capaces de juntar desde su inicio, en las áreas siguientes:

- Declarar claramente que la salud no es una mercancía que pueda ser comprada en el mercado, ni un artículo que pueda ser comercializado.
- Promover el acceso físico y económico a la atención de salud y a los medicamentos, sugiriendo cambios en el marco del comercio mundial actual. Específicamente, promover que el acuerdo de los TRIPS y el Acuerdo General sobre el Comercio en los Servicios mantengan las materias relacionadas con la salud (incluyendo los medicamentos y servicios médicos) fuera de sus respectivos ámbitos.
- Pedir la revocación de los términos comerciales desiguales (y sesgados en contra de los países pobres) incorporados a la OMC.
- Animar a los países a desvincularse de manera selectiva de la economía mundial (especialmente de los mercados financieros internacionales), en cuanto necesario para asegurar los intereses de los pobres y de los marginados.
- Promover la cancelación verdadera de la deuda, y no la simple transferencia de una cuenta a otra, para cambiar la situación inaceptable en la que los países más pobres del mundo todavía pagan más de lo que reciben.
- Promover un sistema de agricultura que ponga a la seguridad y soberanía alimentarias de las naciones más pobres al centro.
- A través de un trabajo con sindicatos y partidos políticos, promover un consenso mundial que invierta la tendencia hacia formas inseguras y ocasionales de empleo sin regímenes de seguro social.
- Promover un consenso mundial tal que los gobiernos de los países adopten leyes que prevengan todas las formas de violencia contra las mujeres.
- Sugerir medidas concretas para trabajar sobre el cambio climático y la degradación ambiental y sus efectos sobre la brecha de equidad y la salud.
- Además de promover la resolución pacífica de conflictos, asegurar la protección de las poblaciones, de los trabajadores de la salud y su infraestructura en situaciones de conflicto y guerra.
- Asegurar nuevamente el papel preponderante de la OMS a nivel mundial en el diseño de políticas de salud.

- Más importante que nada, reconocer que los cambios estructurales en la arquitectura política y económica del mundo son imprescindibles para la realización de cambios significativos que afecten las injusticias actuales en la salud.

El informe que presentamos a la Comisión sugiere que las cosas puedan cambiar para mejor, una serie de estudios de caso también preparado por nosotros es indicativa de las maneras en que se puede avanzar la causa de los determinantes sociales. Las experiencias de Cuba y Brasil demuestran que es posible hacer funcionar a los sistemas de salud en beneficio de la gente, si están basados en el principio de cuidado integral universal y accesible para todos, independientemente de su capacidad de pago. Los ejemplos de la Campaña de Alfabetización en la India y la creciente Campaña Mundial por el Derecho a la Salud del Movimiento por la Salud de los Pueblos son dos ejemplos del poder que tiene la sociedad civil para cambiar situaciones. Los estudios de caso de África sobre la mutilación genital y la violación femeninas como instrumentos de la hegemonía masculina, así como también los del Medio Oriente sobre el lado brutal de la guerra y de los conflictos, constituyen recordatorios para la sociedad civil sobre la magnitud de los cambios que necesitan ser promovidos. Esperamos que la Comisión demuestre ser consecuente y estar comprometida con la enorme tarea que se ha fijado para sí misma.

Un movimiento mundial para una idea cuya hora ha llegado

Finalmente, esperando con ansia y esperanza el informe de la Comisión, incluidos todos los temas generados alrededor de su promoción, la SC apoya la visión de un movimiento mundial en torno al informe de la Comisión. La gente en todo el mundo **debe** verse reflejada en el informe de tal manera que vean la historia de sus vidas relatadas en él; esto es importante debido a que el informe debe inspirar a la gente a formar parte de este gran movimiento mundial. La Sociedad Civil apoyará de manera total un tal movimiento organizado alrededor de sus preocupaciones clave, según lo reflejado en este informe.

Nos damos cuenta de que el producto final de la Comisión será un documento “negociado”; quisiéramos así subrayar que si se negocia para satisfacer a todos, el informe no va a satisfacer a nadie (o no dirá nada), y hay un gran grupo que esta esperando un informe que defina claramente las causas de raíz de la injusticia en la salud. Si este no viene de la Comisión, la CS tomara sus propias acciones. Hoy, una mayoría de países y comunidades (los pobres y perjudicados, que son la mayoría de la población del mundo) están comenzando a decir “basta”. El pacto mundial construido usando la ideología neoliberal (promovido por la mayoría de las naciones ricas y las agencias multilaterales) está comenzando a deshacerse.

El trabajo de la Comisión tiene el potencial de traer a primera plana una idea cuya hora ha llegado: una visión que puede asir la imaginación de la gente de todo el mundo. La Sociedad Civil da la bienvenida al intento de la Comisión para incluir su informe en la campaña mundial; creemos que hay movimientos que esperan retomar y secundar la idea. Esperamos que la Comisión no deje de realizar el potencial máximo de su mandato y así elevar al máximo y a un nivel mundial la dimensión de las ideas aquí expresadas.



Referencias

- i** Virchow R. 1848/1985. Collected essays on public health and epidemiology. Cambridge: Science History Publications.
- ii** Black R, Morris S, Bryce J. 2003. Where and why are 10 million children dying each year? *Lancet* 361:2226–34.
- iii** **Guest G. ed.** 2005. *Globalization, Health, and the Environment: An Integrated Perspective*. Lanham: Alta Mira Press
- iv** Solar O, Irwin A. 2007. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Draft Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health
- v** Amartya Sen in: Anand S, Peter F, Sen A -- Eds. *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford University Press, New Delhi
- vi** Brinkerhoff D, McEuen M (1999) New NGO partners for health sector reform in Central Asia: family group practice associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Special Initiatives Report 19:1--29* . Cited By Lowenson 2003).
- vii** Brinkerhoff D, McEuen M (1999) New NGO partners for health sector reform in Central Asia: family group practice associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Special Initiatives Report 19:1--29* . Cited By Lowenson 2003).
- viii** Narayan R. From Savar to Cuenca via Bangalore: A background paper by PHM Secretariat team for the PHM Transition / Strategy meeting in Frankfurt, 7-8 February 2006. www.phmovement.org
- ix** Brinkerhoff D, McEuen M (1999) New NGO partners for health sector reform in Central Asia: family group practice associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Special Initiatives Report 19:1--29* . Cited By Lowenson 2003).
- x** Sen S.1999. Some aspects of state -- NGO relationships in India in the post- independence era. *Development and Change* 30:327--55
- xi** Chowdhury N, Finlay-Notman C, Hovland I. CSO Capacity for Policy Engagement: Lessons Learned from the CSPP Consultations in Africa, Asia and Latin America. Working Paper 272. Overseas Development Institute
- xii** Dr Vishaka Hidellage of ITDG Sri Lanka and Dr Vinya Ariyaratni of Sarvodaya quoted in Menocal and Rogerson, 2006.
- xiii** The Universal Declaration of Human Rights 1948 was followed subsequently by two international treaties, the International Covenant on Civil and Political Rights and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights have made these rights part of international law.
- xiv** Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment 14: The right to the highest attainable standard of health, E/C.12/2000/4, 12 August 2000
- xv** Example adapted from: Werner D, Sanders D. 1997. *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto, CA
- xvi** A substantial part of this section is developed from ideas developed in a major Civil Society initiative called the “Global Health Watch: An Alternate World Health Report” (Global Health Available from: <http://www.ghwatch.org/index.php>). The first edition of the Watch was published in 2006. It is a collaborative effort led by three CS organisations – Medact, U.K,

GEGA (Global Equity Gague Alliance), and the Peoples Health Movement – and partnered by several other CS organisations. The first edition of the Global Health Watch received contributions from several hundred scholars and activists. The next edition of the Watch is scheduled to be released in 2008.

[xvii](#) World Bank. 1987. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. Washington DC: World Bank.

[xviii](#) World Bank. 1987. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. Washington DC: World Bank.

[xix](#) Drahos P, Braithwaite J. 2004. Who owns the knowledge economy: political organizing behinds TRIPS. Corner House briefing 32

[xx](#) Commission on Macroeconomics and Health. 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Geneva, WHO.

[xxi](#) Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. 2001. Equity and health sector reforms: can lowincome countries escape the medical poverty trap? Lancet 358:833–36

[xxii](#) Walsh J, Warren K. 1979. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine 301: 967–74.

[xxiii](#) UNICPD. 1994. Programme of action of the UN International Conference on Population and Development

[xxiv](#) The Corner House and WGNRR. 2004. A decade after Cairo: women's health in a free market economy. Corner House Briefing, 31 June.

[xxv](#) Jacobson J. 2003. First global women's scorecard on Bush administration. Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter, 80, 12–19, November

[xxvii](#) Levy BS, Sidel VW. 1997. War and Public Health. New York, Oxford University Press.

[xxvi](#) See for example: International Labour Organization. 2004. Definitions: What we mean when we say 'economic security', Socio-Economic Security Programme fact sheet. Geneva, ILO

[xxviii](#) Medact. 2004. Enduring effects of war: health in Iraq 2004. London, Medact.

[xxix](#) Garfield RM, Neugut AI. 2000. The human consequences of war. In: BS Levy, [xxx](#) Pelletier D, et al. 1995. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 73:443–8.

[xxxi](#) Pinstrop-Andersen P, Babinard J. 2001. Globalisation and human nutrition: Opportunities and risks for the poor in developing countries. African Journal of Food and Nutritional Sciences, 1:9–18.

[xxxii](#) Patnaik U. 2004. External trade, domestic employment and food security: Recent outcomes of trade liberalisation and neo-liberal economic reforms in India. at: International Workshop on Policies against Hunger III. Berlin, German Federal Ministry of Consumer Protection, Food and Agriculture, 20–22 October.

[xxxiii](#) UN Millennium Project 2005. UN-Habitat 2003

[xxxiv](#) UN Millennium Project 2005. UN-Habitat 20



Medicina Social

Salud Para Todos